ダイビングツアーにお申込みのお客様へ

この度はオーシャンズダイブツアーをご利用いただき、ありがとうございます。

ダイビングツアーにご参加いただく方へ、【ダイビング情報】【ダイバーメディカル参加者チェックシート】のご提出をお願いしております。

必ずご確認の上、ツアーに参加されるご本人様がご記入くださいます様、お願いいたします。(※代筆は不可)

必要書面 (計3枚) はご予約後10日以内に、弊社へメール (oceanus@wbf.co.jp) またはFAX (06-6374-1121) にてご提出ください。

※ご出発20日前を切ったご予約及びライセンス取得コースの方は、ご予約3日以内にお送りください。

■■ダイバーメディカル参加者チェックシートについて■■

※質問表はあくまでも目安になります。

※60歳以上の方およびダイバーメディカル参加者チェックシートの診断項目に1つでも該当がある方は○、かかりつけの医師を受診の上、3枚目の【医師記入欄】を必ずご記入ください。当日は原本(※ご出発日から起算して1年以内に取得したもの)をご持参ください。

医師による診断の内容により、ダイビングツアーへのご参加をお断りする場合がございます。

■■ダイビング情報■■

【ご利用のダイビングショップ】 海遊びネジ
TEL:080-2622-1237　Email:umiasobineji@yahoo.co.jp

【ダイビングメニュー】 体験ダイビング

【ダイビング実地日】 　　年　　月　　日

予約番号					
(フリガナ)					
代表者名					
(フリガナ)					年齢(　　)
参加者名					
携帯番号					
身長	cm	体重	kg	足のサイズ	cm
視力	右:　　左:		度付マスク	要　・　不要	
【その他連絡事項】					

Oceanus Dive
オーシャンズダイブ

リセット　プリント

ダイバーメディカル | 参加者チェックシート

レクリエーショナルスクーバダイビングおよびフリーダイビングには、心身の健康が必要です。ダイビングをするにあたって危険を生じうる状態があり、以下にそれをあげてあります。こうした条件があてはまる人、あるいは、その傾向がある人は、医師による評価が必要です。この「ダイバーメディカル/参加者チェックシート」は、医師の評価を受ける必要があるかどうかを判断するためのものです。このチェックシートにないダイビング適性に関する懸念が少しでもあれば、ダイビングをする前に医師に相談してください。具合が悪いと感じたら、ダイビングしないでください。伝染性の病気にかかっているかもしれないと思うなら、ダイブトレーニングやダイビング活動に参加しないようにして、自分と他の人を守ってください。このチェックシートでの“ダイビング”という用語はスクーバダイビングとフリーダイビングの両方をさします。このチェックシートは基本的に新しくダイバーになろうという人に対して最初に医学的なスクリーニングを行うためのものですが、継続教育に参加するダイバーにも使えます。あなたの安全、そして、一緒にダイビングする他の人の安全のために、すべての質問に正直に答えてください。

お願い

レクリエーショナルダイビングやフリーダイビングコースに参加する前にこのチェックシートに記入してください。
女性への注意：妊娠中、あるいは、妊娠予定の場合は、ダイビングをしないでください。

1	これまでに、通常の肉体的あるいは精神的能力に影響するような、肺、呼吸、心臓、血液の問題があったことがあります。	はい□ A欄へ	いいえ□
2	45歳を超えています。	はい□ B欄へ	いいえ□
3	中程度の運動（例えば、1.6km/1マイルを14分で歩く、あるいは、200m/200ヤードを止まらずに泳ぐ）をするのに苦労します。 または、過去12ヶ月の間に適性あるいは健康上の理由で、通常の身体活動に参加することができませんでした。	はい*□	いいえ□
4	目、耳、または、鼻腔/副鼻腔に問題があったことがあります。	はい□ C欄へ	いいえ□
5	12ヶ月以内に手術を受けました。または、過去の手術に関係する問題が継続しています。	はい*□	いいえ□
6	意識を失ったこと、偏頭痛、けいれん、脳卒中、頭部の重傷、持続性の神経傷害あるいは疾病になったことがあります。	はい□ D欄へ	いいえ□
7	現在、精神科的疾患、人格障害、パニック発作、あるいは、薬物やアルコール依存症で治療中です（あるいは、過去5年以内に治療が必要でした）。または、学習障害あるいは発達障害と診断されたことがあります。	はい□ E欄へ	いいえ□
8	腰痛、あるいは、ヘルニア、潰瘍、糖尿病になったことがあります。	はい□ F欄へ	いいえ□
9	胃や腸に、最近の下痢も含めて、問題があったことがあります。	はい□ G欄へ	いいえ□
10	処方薬を服用しています（避妊薬、あるいは、メフロキン（ラリアム）以外の抗マラリア薬は除く）。	はい*□	いいえ□

参加者署名

上の10の質問すべてに「いいえ」と回答した場合、医師による評価は必要ありません。以下の参加者宣誓文を読み、同意したことを署名と日付を記入してご確認ください。
参加者宣誓文：私はすべての質問に正直に答えました。また、質問に対する私の回答が正確でなかったこと、あるいは、現在または過去の私の健康状態を明らかにしなかったことのために、いかなることが生じてもその責任は私にあることに同意いたします。

プリントしてご記入ください
参加者のサイン（未成年の場合は、参加者の保護者/親権者のサインが必要です。）

プリントしてご記入ください
日付（日 / 月 / 年）

参加者氏名（楷書）

生年月日（日/月/年）

インストラクター氏名（楷書）

ファシリティ名（楷書）

*上記質問の3、5、10のいずれかに、あるいは、2ページの質問のいずれかに「はい」と回答した場合、上記の宣誓書を読み、同意したことを署名と日付を記入してご確認ください。そして、このチェックシートの3ページ全て（参加者チェックシートと医師の評価シート）を医師に提出して、評価を受けてください。ダイビングコースへ参加するには、医師による同意が必要です

Version date:2022-02-01

参加者氏名　　生年月日

（楷書）　　日付（日/月/年）

ダイバーメディカル | 参加者チェックシート（つづき）

A欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした：		
胸部手術、心臓手術、心臓弁手術、植え込み型医療機器（例、ステント、ペースメーカー、神経刺激装置）、気胸または慢性肺疾患。	はい*☐	いいえ☐
喘息、喘鳴、重度のアレルギー、花粉症、気道の詰まりが過去12ヶ月以内にあり、身体活動/運動に制限が生じました。	はい*☐	いいえ☐
心臓に関係する問題、あるいは、病気。例えば：狭心症、労作時の胸痛、心不全、浸漬性肺水腫、心臓発作または脳卒中。あるいは、心臓の状態を整える薬を服用しています。	はい*☐	いいえ☐
過去12ヶ月以内に気管支炎が再発し現在咳をしている、あるいは、 肺気腫と診断されました。	はい*☐	いいえ☐
過去30日以内に、肉体的あるいは精神的能力を損なう、肺や呼吸、心臓、血液に関する症状。	はい*☐	いいえ☐
B欄 - 私は45歳を超えており、かつ、以下です：		
私は現在喫煙をしています。あるいは、別の方法でニコチンを吸っています。	はい*☐	いいえ☐
コレステロール値が高いです。	はい*☐	いいえ☐
高血圧です。	はい*☐	いいえ☐
50歳未満で突然死したり、心疾患、または、脳卒中で死亡した近親者がいます。あるいは、50歳未満で心疾患の病歴のある家族がいます（不整脈、冠動脈疾患、心筋症を含む）。	はい*☐	いいえ☐
C欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした：		
過去6ヶ月以内に副鼻腔の手術を受けました。	はい*☐	いいえ☐
耳の疾病があります。または耳の手術を受けました。あるいは、聞こえにくい、もしくは平衡感覚に問題があります。	はい*☐	いいえ☐
過去１２ヶ月以内に副鼻腔に炎症を再び起こしています。	はい*☐	いいえ☐
過去３ヶ月以内に眼の手術を受けました。	はい*☐	いいえ☐
D欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした：		
過去5年以内に頭部外傷で意識を失ったことがあります。	はい*☐	いいえ☐
持続性の神経傷害または疾病があります。	はい*☐	いいえ☐
過去12ヶ月以内に偏頭痛の再発がありました。あるいは、その予防薬を服用しています。	はい*☐	いいえ☐
過去5年以内に意識消失あるいは失神した（気をうしなったり、うしないそうになった）ことがあります。	はい*☐	いいえ☐
てんかん、発作、または、けいれん、あるいは、その予防薬を服用しています。	はい*☐	いいえ☐
E欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした：		
医療あるいは精神科の治療が必要な、行動や気分、あるいは、精神状態になることがあります。	はい*☐	いいえ☐
医療あるいは精神科の治療が必要な、うつ病、自殺を考えたこと、パニック発作、未治療の双極性障害（躁うつ病）があります。	はい*☐	いいえ☐
現在継続して治療や特別な対処が必要な精神状態、あるいは、学習/発達障害と診断されています。	はい*☐	いいえ☐
過去5年以内に治療が必要な、薬物、あるいは、アルコール依存症と診断されました。	はい*☐	いいえ☐
F欄 - 私は現在以下の状態です/過去に以下の状態でした：		
過去6ヶ月以内に、日常活動を制限する腰痛が再発しました。	はい*☐	いいえ☐
過去12ヶ月以内に背部あるいは脊椎の手術を受けました。	はい*☐	いいえ☐
過去12ヶ月以内に、薬あるいは食事制限を必要とする糖尿病、あるいは、妊娠性糖尿病になりました。	はい*☐	いいえ☐
身体能力を制限する未治療のヘルニアがあります。	はい*☐	いいえ☐
活動性あるいは未治療の潰瘍、問題となる創傷があります。あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。	はい*☐	いいえ☐
G欄 -私は過去に以下の状態でした：		
人工肛門手術を受け、水泳あるいは身体活動に参加するための医師の診断を受けていません。	はい*☐	いいえ☐
過去7日以内に、医療的処置が必要な脱水状態になったことがあります。	はい*☐	いいえ☐
活動性あるいは未治療の胃または腸の潰瘍、あるいは、過去6ヶ月以内に潰瘍の手術を受けました。	はい*☐	いいえ☐
頻繁な胸焼け、逆流、あるいは、胃食道逆流症（GERD）がありました。	はい*☐	いいえ☐
活動性あるいは未治療の潰瘍性大腸炎、または、クローン病がありました。	はい*☐	いいえ☐
過去12ヶ月以内に肥満手術を受けました。	はい*☐	いいえ☐

*医師による評価が必要（1ページ参照）

ダイバーメディカル | 健康診断医師による評価シート

参加者名　　生年月日

（楷書）　　日付（日/月/年）

上記の者は、レクリエーショナルダイビングあるいはフリーダイビングのトレーニングまたは活動に参加することに適しているかどうか、先生の意見を求めています。ダイビングに関連する医学的状態に関する医学的ガイドラインについては、 uhms.org をご確認ください。評価中に依頼人に関係する（2ページの質問に「はい」と回答した）部分についてご確認ください。

評価結果

☐ 参加することに同意します - レクリエーショナルスクーバダイビングまたはフリーダイビングに適さないと考えられる状態はありませんでした。

☐ 参加することに同意しません - レクリエーショナルスクーバダイビングあるいはフリーダイビングに適さないと考えられる状態がありました。

プリントしてご記入ください　　プリントしてご記入ください

医師の署名　　日付（日/月/年）

医師名

（楷書）

資格

クリニック/病院

住所

電話番号　　Eメール

医師/クリニックのスタンプ（任意）

作成： Diver Medical Screen Committee 提携・協力団体：

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego

Version date:2022-02-01／10346 JPN